



MODULO ISCRIZIONE CORSO ALLIEVO ALLENATORE 2015/2016

COGNOME

NOME

NATO A

IL / /

COD. FISCALE

Residenza Città cap PR

Via/Piazza

telefono altro

e-mail

Titolo Studio

Già Tesserato Fipav Atleta Dirigente Arbitro

ALLEGATI

**Certificato medico di sana e robusta costituzione
con specificata l'attività di Pallavolo non Agonistica**

Ricevuta di versamento di Euro 250,00

DICHIARO di aver preso visione ed accettato le norme che regolano lo svolgimento del corso ed il conseguimento del titolo cui lo stesso da diritto.

Data _____

Firma _____